

La relazione con il paziente odontoiatrico: tecniche di intervento sull'ansia

Maria Paola Zamagni – Katia Mattarozzi¹

• Premessa

Questo lavoro deriva dalla collaborazione condotta dalle autrici presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche dell'Università di Bologna.

La presenza dell'ansia nel paziente costituisce per l'odontoiatra un problema di difficile gestione, poiché in molti casi può ostacolare la collaborazione dell'assistito durante la seduta, oltre che compromettere, nel lungo periodo, una responsabile osservanza al trattamento. Non sempre la competenza specialistica riesce a modificare l'atteggiamento ostativo del paziente che, confuso e dominato dalla paura, non è in grado di controllare l'insorgenza dell'attacco d'ansia.

Nella pratica clinica il modello operativo teso ad esaltare l'evidenza scientifica e gli aspetti innovativi della ricerca tecnologica (medicina *doctor-disease centered*), più che l'attenzione al mondo interno del paziente (medicina *patient-centered*), non garantisce il contenimento dell'ansia e il relativo controllo dei comportamenti di fuga/evitamento.

Pur sottolineando che il colloquio rappresenta lo strumento principe nelle relazioni d'aiuto, nei casi più complessi il ricorso a tecniche di intervento psicologico risulta particolarmente efficace a prevenire da un lato l'attacco ansioso e a monitorare, dall'altro, le reazioni emotive del paziente durante il trattamento.

Al riguardo i contributi presenti in letteratura offrono un'am-

1 Università degli Studi di Bologna

pia panoramica sugli strumenti che possono essere utilizzati a seconda delle peculiarità del paziente.

• La relazione con il paziente odontoiatrico

Le cure odontoiatriche solitamente si estendono per un lungo periodo di tempo e necessitano, per il buon esito del trattamento, sia della collaborazione del paziente che della sensibilità empatica del medico oltre che, ovviamente, delle sue competenze specialistiche.

Uno dei problemi più frequenti in cui si imbatte l'odontoiatra è la constatazione dello scarso impegno del paziente verso le procedure prescritte per il mantenimento dell'igiene orale (uso dello spazzolino dopo i pasti, filo interdentale, colluttori, ecc..). È bene ribadire che, ai fini di una corretta motivazione del paziente, non sempre una comunicazione minacciosa, tesa a rimarcare le sofferenze e i danni derivanti da un atteggiamento inadempiente, assicura gli stessi risultati di una comunicazione persuasiva (Cavazza, 1997) che ponga, invece, l'accento sui benefici di una responsabile *compliance* (Evans, *et al.*, 1970; Meichenbaum-Turk, 1987).

Con alcuni pazienti si dovranno pertanto sottolineare i vantaggi riguardanti la salute in generale e quelli della bocca in particolare; con altri, più sensibili alla dimensione estetica, si dovrà porre in risalto come una corretta igiene della bocca rafforzi l'autostima e faciliti le relazioni sociali ed affettive; con altri ancora si potrà evidenziare il contenimento dei costi sia in termini di tempo che di denaro. Di fronte al paziente recalcitrante, o impossibilitato a compiere manualmente le procedure necessarie all'igiene, come nel caso di anziani (Megighian-Strohmenger, 1998) o di persone portatrici di disabilità (Soresi, 1998), occorre programmare controlli e richiami periodici al fine di monitorare la situazione e cogliere per tempo la presenza di segnali critici.

• Fenomenologia del paziente odontoiatrico

Nella pratica odontoiatrica è rilevante il numero di pazienti che abbandonano, dopo la fase acuta, la prosecuzione del trattamento. L'odontoiatra non di rado, infatti, si trova di fronte a sindromi ansiose (*odontofobia*) che ostacolano la compliance terapeutica, o ad atteggiamenti di insufficiente responsabilizzazione derivanti ora da un eccesso di *fatalismo* e *rassegnazione* (“tanto non serve a nulla”), ora da un ingiustificato *ottimismo* che porta a svaloriizzare i rischi di condotte e stili di vita inadeguati (“a me non capiterà”) (Weinstein, 1989; Matarazzo, 1994).

La fenomenologia del paziente odontoiatrico è resa più complessa e varia dal momento che la bocca è investita di significati emotivi e simbolici, particolarmente intensi e profondi, che rimandano alle prime esperienze di vita e di relazione.

Questa zona del corpo, luogo deputato alla nutrizione, alla parola, agli scambi affettivi, cioè ad esperienze di piacere, quando diventa oggetto di consultazione medica può indurre risposte di evitamento/fuga e aggressività, quasi a voler “difendere” la propria intimità dall'intrusione di oggetti (trapano, pinze, ecc..) vissuti come pericolosi e cruenti. Il timore di sentirsi esposti all'azione dolorosa degli strumenti molto spesso si proietta sulla figura del professionista, attivando così un circolo vizioso che mobilita risposte emotive incongruamente difensive. Ne è un esempio la produzione grafica realizzata da giovani pazienti in cui la figura dell'odontoiatra è rappresentata con dimensioni gigantesche, gli strumenti appaiono come armi penetranti (spade, pugnali) e la poltrona come una morsa che rinserra la “vittima” impedendo ogni possibile via di salvezza.

Va rilevato che questa iconografia non appartiene solo al mondo del bambino, ad una mentalità, cioè, ancora pre-riflessiva ed emotivamente suggestionabile; anche molti adulti, nonostante ricoprano nella vita ruoli di responsabilità, mantengono nei confronti dell'odontoiatra un atteggiamento infantile-regressivo, significativamente sensibile a colorare di drammaticità la seduta in corso. A volte, poi, la reazione emotiva comincia ancor

prima dell'intervento. Nei giorni antecedenti la visita, l'ansia² può scatenare disturbi psicosomatici così invalidanti da indurre ad annullare l'appuntamento: il sintomo come alibi con funzione protettiva, tuttavia, comporta un vantaggio illusorio, sia nella situazione in atto che in quella futura, rendendo vieppiù precaria la continuazione delle cure.

Queste considerazioni costituiscono stimolo per l'odontoiatra a comprendere lo stile personale del paziente al fine di predisporre, senza colludere con i suoi tratti nevrotici, un programma di interventi capaci di allentare le resistenze e favorire la responsività (Giangregorio, 1982, 1992; Becker, 1985; Gianni *et al.*, 1986).

Quando nel corso delle prime consultazioni l'odontoiatra fornisce informazioni circa l'iter di lavoro, è bene che con i pazienti ansiosi non venga accentuata con toni allarmistici la gravità della situazione, poiché le spinte irrazionali (paura, esposizione al pericolo) potrebbero prendere il sopravvento sabotando sul nascere la relazione. Le informazioni pertanto debbono essere fornite con modalità comunicative capaci di trasmettere sicurezza professionale (sapersi in mani esperte allevia l'ansia e aumenta la fiducia verso l'operatore), ma anche comprensione umana (sapersi non giudicati o ridicolizzati per le proprie paure contribuisce alla stabilizzazione del rapporto).

Durante le sedute, essendo il paziente impossibilitato a parlare e per di più impedito nei movimenti, occorre che l'odontoiatra mantenga un clima rassicurante, modulando nel flusso comunicativo i toni espressivi della voce e la mimica facciale. Le parole accompagnate da un'impostazione sonora calda e tranquillizzante aiutano a tenere sotto controllo l'attacco ansioso che, altrimenti, potrebbe irrompere sulla scena con esiti destrutturanti.

Al riguardo molti professionisti attuano un processo di "familia-

- 2 Circa la natura dell'ansia si è convenuto di distinguere in due tipologie: con "ansia di tratto" si intende una modalità stabile e generalizzata di percepire come minacciose le molteplici situazioni della vita quotidiana; con "ansia di stato", invece, si fa riferimento ad una modalità temporanea e specifica che insorge di fronte a particolari compiti o prestazioni (Spielberger, 1966; 1983).

rizzazione” nei confronti degli strumenti ortodontici allo scopo di prevenire e contenere l’insorgenza dell’attacco ansioso (Bernstein – Kleinknecht, 1982). Poiché solitamente ciò che fa paura è tenuto lontano ed escluso dal proprio repertorio di azioni, tale tecnica mira ad avvicinare poco alla volta il paziente agli oggetti fobici, così da disinvestire la loro carica minacciosa. Nel corso di poche sedute, l’odontoiatra incoraggerà a manipolare gli strumenti fino alla loro introduzione in bocca per mano dello stesso paziente. Tali tecniche favoriscono progressivamente l’adattamento (*shaping*) alla situazione critica che, invece di essere presentata nella sua interezza o imposta d’autorità facendo appello alla ragione, viene gerarchicamente suddivisa in gradi di difficoltà crescente: ogni successo, seppur parziale, non solo costituisce rinforzo per il superamento di nodi più ansio-geni, ma accresce anche il sentimento di *self efficacy* (Bandura, 1986; 1995; Schwarzer-Fuchs, 1996).

• Tecniche di intervento psicologico

Gli studi sul condizionamento classico prima, e quelli sul condizionamento operante poi, hanno evidenziato come le paure e le fobie possano essere risolte, talora anche in tempi abbastanza brevi, mediante alcune tecniche quali l’erogazione di *rinforzi*³ (ricompense materiali, lodi, visualizzazione dei risultati positivi via via raggiunti), il *rilassamento* e il *modeling*.

Tra le procedure di rilassamento vanno segnalati con particolare rilievo il “rilassamento progressivo di Jacobson (1938), soprattutto nell’elaborazione effettuata da Wolpe (1969), il “biofeedback” (Blanchard-Epstein, 1983) e la “desensibilizzazione sistematica” (Melamed *et al.*, 1975; Landau *et al.*, 1984). Tali tecniche, pur con le dovute differenze, esercitano un’azione psicofisi-

3 Nella terminologia di Skinner (condizionamento operante) per rinforzo si intende qualsiasi processo che aumenta la probabilità che venga prodotta una particolare risposta.

ca antagonista nei confronti dello stress, creando condizioni caratterizzate da allentamento della tensione muscolare, rallentamento della frequenza cardiaca, abbassamento della pressione arteriosa e da significative modificazioni metaboliche (livello glicemico, aumento d'ossigeno, ecc.).

Nell'ambito del "modeling" (Kazdin, 1974; Kendall-Watson, 1981) in genere si utilizza materiale videoregistrato: le scene rappresentate hanno lo scopo di indurre per via di "imitazione" un determinato comportamento ("comportamento meta"). Il paziente diventa così spettatore delle azioni di un protagonista ideale, di un modello che, se mostra come affrontare senza troppi cedimenti le situazioni critiche della vita, al tempo stesso si muove sulla scena senza ostentazione e spavalderia per non mortificare l'allievo e aumentarne la distanza psicologica.

In campo odontoiatrico la visione di filmati, opportunamente realizzati per le varie situazioni problematiche, può essere particolarmente efficace nel caso di quei pazienti nei quali esperienze spiacevoli personali, o riferite da figure importanti sul piano emotivo, hanno giocato un ruolo strutturante verso l'assunzione di condotte ansiose (Gedney-Logan, 2004). Tali filmati a volte utilizzano pazienti veri trattandosi di registrazioni di autentiche sedute odontoiatriche; a volte invece attori o collaboratori del medico che si prestano a fargli "da spalla", impersonando il ruolo atteso di paziente collaborativo. Quando, però, le resistenze al trattamento appaiono particolarmente radicate e scarsamente sensibili alle procedure avviate dall'odontoiatra, possono essere intraprese altre strade, fra le quali l'invio allo psicologo. A seconda del caso potranno allora essere presi in considerazione vari trattamenti: da quelli psicoterapeutici e/o psicofarmacologici (Cassano-Mauri, 2000), a quelli basati sulla suggestione ipnotica o sul training autogeno.

Il *trattamento ipnotico* è da molti ritenuto di grande efficacia nelle cure odontoiatriche (De Rysky, 1975; Spanos, 1986) dal momento che agisce come analgesico, come antagonista dell'ansia, oltre che come facilitatore della collaborazione del paziente nell'ambito della seduta. È noto che la suggestione ipnotica produce un'alterazione del livello di vigilanza: pertanto come le facoltà cri-

tiche e razionali vengono temporaneamente sospese, anche le associazioni mentali negative subiscono un depotenziamento rendendo il paziente più disponibile e ricettivo all'azione del medico. Inoltre, e non è cosa di poco conto, l'esperienza di rilassamento e di analgesia infonde una percezione generale di piacevolezza che, protraendosi anche dopo la seduta, mantiene alta la *compliance* verso la prosecuzione del trattamento (Maravita, 2005).

Il *training autogeno* (Schultz, 1932) non ha avuto ancora molte applicazioni in campo odontoiatrico, tuttavia tale metodo più in generale mira alla detensione muscolare e alla disattivazione neurovegetativa attraverso la rappresentazione mentale della modificazione fisiologica attesa. Trattandosi di apprendimento (training) il paziente gradualmente passa da una condizione di eterocontrollo a quella di autocontrollo. Dapprima, infatti, è il terapeuta che usa formule suggestive per indurre sensazioni di pesantezza, calore, stanchezza; successivamente è il paziente stesso che, nel corso della giornata, in occasione di prestazioni ansiogene, riesce ad autoindursi sensazioni di rilassamento ed immagini di benessere psicofisico (Thomas, 1965; Kendall-Watson, 1981). Confrontando i risultati ottenuti attraverso la suggestione ipnotica e il training autogeno si può osservare che, mentre la prima tecnica offre benefici in tempi piuttosto rapidi, tanto che De Rysky la ritiene un trattamento d'elezione in campo odontoiatrico, la seconda, proprio perché necessita di una fase di apprendimento, si dispiega in un tempo maggiore, ma si lega più stabilmente alla condizione di rilassamento e di disattivazione della risposta stressante.

• Strumenti di rilevazione psicometrica dell'ansia

Il contributo psicologico al trattamento odontoiatrico prevede anche l'utilizzo di strumenti psicometrici allo scopo di individuare per tempo le eventuali reazioni emotive e i comportamenti ansiosi dei pazienti.

Tra le scale di valutazione dell'ansia, alcune delle quali possono essere somministrate sia a soggetti in età evolutiva che a sog-

getti adulti, si distinguono per la loro validità predittiva il “Child Dental Control Assessment” (CDCA) di Weinstein *et al.*, 1996; “Dental Anxiety Scale” (DAS) di Corah, 1969; “Courtauld Emotional Control-Scale” (CEC-S) di Watson e Greer, 1983; “Oral Health-Related Quality of Life” (OHRQL) di Gadbury-Amyot e collaboratori, 1999; “Stress Symptom Rating Scale” di Heilbrun e Pepe, 1985; “Inventario delle paure” di Wolpe e Sanavio, 1986; “State-Trait Anxiety Inventory” (STAI-X1 e STAI-X2) di Spielberger, 1983.

Tali strumenti, insieme ad un elevato grado di attendibilità, presentano il vantaggio di un’agevole compilazione; inoltre con un adeguato training, lo stesso odontoiatra potrebbe ricavare utili informazioni sullo stato generale del paziente, predisponendo perciò l’adozione di misure atte a contenere l’ansia emergente e impostando il setting sul modello della comunicazione persuasiva.

È noto come la *controllabilità* e la *prevedibilità* degli eventi spiacevoli agiscano nella direzione di contenimento dello stress: al riguardo molti studi sperimentali (Glass-Singer, 1972; Seligman-Binik, 1977; Katz-Wykes, 1985) hanno evidenziato i benefici effetti indotti da questi fattori per ciò che concerne sia una minore vulnerabilità durante la situazione critica, sia una più facile ripresa delle attività cognitive (attenzione, ragionamento, capacità decisionale, ecc...) dopo l’esposizione traumatica.

Osservazioni cliniche e sperimentali concordano nel ritenere che le emozioni intense e spiacevoli producano nella persona uno stato di allarme caratterizzato da elevata attivazione fisiologica, talora responsabile di importanti alterazioni metaboliche, ormonali e psichiche. Per fronteggiare lo stress la persona generalmente si avvale di due strategie che, per scopi e modalità d’azione, sono definite come *coping centrato sul problema* e come *coping centrato sulle emozioni* (Litt, 1993-1996).

Quando l’ingorgo emozionale impedisce di gestire autonomamente lo stress, il ricorso alle strategie di coping può essere facilitato dalla persona di un “esperto” che, nel nostro caso, è l’odontoiatra. Pertanto l’utilizzo di scale di valutazione può preventivamente fornire informazioni sull’assetto psichico e sulle ri-

sorse interne del paziente, orientando il professionista a favorire risposte adattive alla situazione in corso. Da parte sua il paziente, percependo i vantaggi del controllo sull'ansia, la comprensione e la disponibilità del medico ad accogliere i suoi bisogni, (atteggiamento empatico) si mostrerà non solo più collaborativo durante la seduta, ma anche più motivato a mantenere nel tempo la relazione terapeutica (Fredrickson, 2002).

• Riassunto

La presenza dell'ansia nel paziente costituisce un problema non trascurabile in campo odontoiatrico, potendo pesantemente interferire nel trattamento e nella relazione con lo specialista. Più che una comunicazione minacciosa, volta ad evidenziare i rischi derivanti da un atteggiamento inadempiente, irresponsabile o di fuga, molti autori sottolineano l'efficacia di una comunicazione persuasiva, orientata ad accogliere i bisogni e gli stili del paziente secondo il modello proposto dalla medicina "patient centered".

Ai fini del contenimento dell'ansia risultano inoltre particolarmente importanti alcune tecniche psicologiche quali l'erogazione dei rinforzi, il rilassamento, il biofeedback, il modeling, il trattamento ipnotico ed il training autogeno.

Il ricorso ad alcuni strumenti psicometrici di valutazione dell'ansia offre allo specialista l'opportunità di individuare per tempo le aree critiche del paziente; ciò facilita la predisposizione di un setting capace di esercitare un'azione antagonista versus l'attacco ansioso e di rafforzare la compliance al trattamento.

• Abstract

Anxiety in patients is a significant problem in an odontoiatric setting, as it may interfere with treatment and with the patient-medical staff relationship. Many authors emphasize the efficacy of a persuasive type of communication, oriented towards the pa-

tient's needs and his general style and behaviour, in accordance with the "patient centered" model, rather than a threatening style of communication. To keep anxiety at bay, other psychological techniques such as relaxation, biofeedback, modelling, hypnosis and autogenic training are particularly helpful. Moreover, psychometric tests for measuring anxiety can offer the specialist a good opportunity to identify the patient's difficulty in advance and so to plan a setting which helps to curb anxiety attacks and strengthen treatment compliance.

• Résumé

La présence de l'anxiété chez le patient est un problème non négligeable dans le domaine de l'odontologie, car elle peut interférer lourdement avec le traitement et dans la relation avec le médecin spécialiste. Plus qu'une communication menaçante, qui mette en évidence les risques qui dérivent d'une attitude inadéquate, irresponsable ou fuyante, de nombreux auteurs soulignent l'efficacité d'une communication persuasive visant à accueillir les besoins et les styles du patient selon le modèle proposé par la médecine "patient centered" (centrée sur le patient).

En outre, pour dominer l'anxiété, certaines techniques psychologiques sont particulièrement importantes comme, par exemple, le système de récompense, la relaxation, le biofeedback, la stratégie d'imitation, l'hypnose et le training autogénique.

Le recours à certains instruments psychométriques d'évaluation de l'anxiété offre au médecin spécialiste l'opportunité d'identifier à temps les zones critiques du patient; tout cela facilite la prédisposition d'un cadre capable d'exercer une action opposée au raptus anxieux et de renforcer la soumission au traitement.

• Bibliografia

- Bandura A., *Social foundations of thought and action*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall 1986
- Bandura A., *Self efficacy in changing societies*, Cambridge University Press Cambridge 1995
- Barelli P., “Saper comunicare migliora la vita”, *Odontoiatria Oggi*, n. 4, 2004
- Becker M.H., “Patient adherence to prescribed therapies”, *Medical Care*, 23, 1985, pp. 359-555
- Bennet P., Murphy S., *Psychology and health promotion*, Open University Press, Buckingham 1997
- Bernstein D.A., Kleinknecht R.A., “Multiple approaches to the reduction of dental fear”, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 1982, pp. 287-292
- Blanchard W., Epstein R., *Biofeedback: manuale introduttivo* (tr. it.), Bollati Boringhieri, Torino 1983
- Cassano G.B., Mauri M. (a cura di), *Linee guida per il trattamento del disturbo di panico*, Masson, Parigi-Barcellona 2000
- Cavazza N., *Comunicazione e persuasione*, Il Mulino, Bologna 1997
- Chapman G.B., Sonnenberg F.A. (a cura di), *Decision making in health care*, Cambridge University Press, Cambridge 2000
- De Rysky S., “L'ipnosi in odontoiatria”, in Granone F. (a cura di), *Corso di Ipnosi Medica*, Minerva Medica, Torino 1975, pp. 102-105.
- Evans R.I., Rotelle R.M., Lasater T. M., Dembrowski T.M., Allen B.P., “Fear arousal, persuasion, and actual versus implied behavioural change: new perspective utilizing a real-life dental hygiene program”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 1970, pp. 220-227
- Fredrickson B.L., “Positive emotions”, in Snyder C.R., Lopez S.J. (Eds), *Handbook of positive psychology*, Oxford University Press, New York 2002, pp. 120-134
- Gedney J.J., Logan H., “Memory for stress-associated acute pain”, *Journal of Pain*, 5, 2004, pp. 83-91
- Giangregorio N., “La paura del dentista: perchè?”, *Rivista Italiana di Stomatologia*, 2, 1982, pp. 175-178
- Giangregorio N., *Manuale di odontoiatria psicosomatica e psicostomatologica*, Piccin, Padova 1992
- Gianni E., Melica V.M., “Psicologia stomatologica”, *Dental Cadmos*, 13, 1986, pp. 13-73

- Glass D.C., Singer J.E., *Urban stress experiments on noise and social stressors*, Academic Press, New York 1972
- Jacobson E., *Progressive relaxation*, University of Chicago Press, Chicago 1938
- Katz R., Wykes T., "The psychological difference between temporally predictable and unpredictable stressful events: evidence for information control theories", *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1985, pp. 781-790
- Kazdin A.E., "Covert modelling, model similarity and reduction on avoidance behaviour", *Behaviour Therapy*, 5, 1974, pp. 325-340
- Kendall P.C., Watson D., "Psychological preparation for stressful medical procedures", in Prokop C., Bradley A.L., *Medical Psychology, Contributions to Behavioural Medicine*, Academic Press, New York 1981, pp. 179-221
- Landau D., McGlynn D., Gaskins L., Bichajin C., "Demand effects for desensitization and two placebo in a dental fear context", *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 1984, pp. 115-121
- Maravita A., "Rappresentazione cerebrale del dolore e dell'analgesia ipnotica", *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnотica*, 25, 3, 2005, pp. 61-63
- Matarazzo J.A., "Stili di vita e salute: buone e cattive abitudini nella salute e nella malattia", *Bollettino di Psicologia Applicata*, 209, 1994, pp. 3-13
- Megighian G., Strohmenger L., "L'efficacia della prevenzione orale negli anziani", *Prevenzione e Assistenza Dentale*, 5, 1998, pp. 16-20.
- Meichenbaum D., Turk D.C., *Facilitating treatment adherence: a practitioner's guidebook*, Plenum Press, New York 1987
- Melamed B.G., Weinstein D., Hawes R., Katrin Borland H., "Reduction on fear-related dental management problems using filmed modeling", *Journal of the American Dental Association*, 90, 1975, pp. 822-826
- Schultz J.H., *Il training autogeno* (trad. it.), Feltrinelli, Milano 1968
- Schwarzer R., Fuchs R., "Autoefficacia e comportamenti a rischio", in Bandura A. (a cura di) *Il senso di autoefficacia*, Erickson, Trento 1996
- Seligman M.E.P., Binik Y.M., "The safety signal hypothesis", in Davis H., Hurwitz H. (Eds.), *Pavlovian operant interaction*, Erlbaum, Hillsdale, NJ 1977
- Sondell K., Soderfeldt B., Palmqvist S., "Dentist-patient communication and patient satisfaction in prosthetic dentistry", *International*

- Journal Prosthodontics*, 15, 2002, pp. 28-37
- Soresi S., *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione*, Il Mulino, Bologna 1998
- Spanos N.P., "Hypnotic behavior: a social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and trance logic", *Behavioural and Brain Science*, 9, 1986, pp. 449-502.
- Spielberger C.D. (a cura di), *Anxiety and Behaviour*, Academic Press, New York 1966
- Spielberger C.D. (a cura di), *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto-Calif. 1983
- Thomas R., "Attitudes toward dental treatment and dental surgeons", *Probe*, 16, 1965, pp. 4-7
- Weinstein N.D., "Unrealistic optimism about susceptibility to health problem. Conclusion from a community-wide sample", *Journal of Behavioural Medicine*, 10, 1989, pp. 481-500.
- White W., Davies M., "Vicarious extinction of phobic behaviour in early childhood", *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 1974, pp. 25-32
- Wolpe J., *Tecniche di terapia del comportamento*, Franco Angeli, Milano 1972

